

А.А. Смолькин

МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС В КОНСТРУИРОВАНИИ ОБРАЗА СТАРОСТИ

В статье анализируется влияние медицинского дискурса на социальное конструирование образа старости. Рассмотрение позднего возраста в терминах функциональности/дисфункциональности, его биомедицинализация создают предпосылки повседневного прочтения старости как неизлечимой болезни, что оказывается причиной социальной эксклюзии, может привести к эффекту самореализующегося пророчества.

Глобальное старение населения в развитых и развивающихся странах привело к ситуации, не имеющей аналогов в истории, когда демографическая картина начинает изменяться в своих некогда казавшихся незыблемыми тенденциях — фигура, традиционно именовавшаяся «пирамидой», вытягивается, сужается у основания и расширяется у вершины. Да и сам термин «демографическая пирамида», по всей видимости, в ближайшие десятилетия навсегда покинет наш лексикон. Увеличение относительной численности пожилых людей в таких масштабах актуализирует проблему отношения к ним со стороны других возрастных групп с новой остротой.

Как и все прочие социальные феномены, отношение к старости и ее смысловое содержание определяются социокультурным контекстом — как ситуативным, так и характерным для исторического периода в целом. В предыдущие эпохи в общественном сознании старость понималась как нетрудоспособность и зачастую не имела четких возрастных границ. После того как пожилые люди оказываются в фокусе патерналистского внимания государства и становятся объектами социальной политики, старость приобретает хронологические рамки. Законодательно оформляется возрастной порог, пересекая который, человек может претендовать на пенсию или иные формы государственной поддержки независимо от реального уровня работоспособности. Основаниями для определения возрастной границы вступления в пенсионный статус выступают, с одной стороны, экономические возможности общества, а с другой — медицинские по происхождению представления о функциональности/трудоспособности. Закрепленные законодательно, они приобретают особый авторитет. Мы не рассматриваем здесь влияние экономических интерпретаций человека, сосредоточившись на влиянии медицины.

Негативное влияние научного дискурса на социальный статус пожилых людей во многом обусловлено именно медикалистскими интерпретациями старости, так как геронтология возникла и долгое время развивалась в рамках медицины. Медицинский дискурс, сосредоточенный на описании характерных для старости отклонений и болезней и не учитывающий в должной степени возможностей позднего возраста, привел к «биомедикализации» (Powell, Longino 2002: 221) взглядов на старость, распространению негативных образов старения, расшифровке всякого связанного с медициной действия пожилого человека как симптома болезни — например, сам факт посещения больницы представителем третьего возраста обычно рассматривается как подтверждение ухудшения его здоровья, в то время как визит к врачу молодого человека может быть объяснен просто как необходимое превентивное внимание, форма телесного самоконтроля (Bowd 2003: 23). Медицинское влияние усиливается с обострением внимания к телу; общество потребления диктует ему новые требования — например, быть сексуально функциональным и привлекательным и т. д.

Медицинские интерпретации старости

Со времен Аристотеля и Галена старость рассматривается как нечто среднее между здоровьем и болезнью, своего рода «естественная болезнь»; подобные прочтения сохраняют известную актуальность и сегодня. Близость медицинского понимания старости и болезни угнетающе действует на статус пожилого человека, так как ассоциируемая здесь со старостью болезнь воспринимается как нежелательное состояние, нарушающее физиологическую и социальную функциональность индивида. Определение значения слова «старость» в словарях заострено на «постепенном ослаблении деятельности организма» (Словарь русского языка 1961: 364), что вводит старость в поле деятельности медицины — но особым образом, поскольку процесс старения признается естественным и неизбежным.

Классическая «роль больного», по Парсонсу, не реализуется здесь в полной мере, поскольку на практике такой пациент не освобождается полностью от ответственности за исполнение других ролей — разве что в периоды ухудшения самочувствия, и не может рассчитывать на окончательно эффективное медицинское вмешательство, бессильное в борьбе с естественным процессом; обязанность стремиться к выздоровлению (от чего?) также не является выполнимой. Речь идет скорее о пациентизации старости, превращении ее в медицинский сателлит.

Здесь сталкиваются тенденция медикализации старости и неопределенность границ и возможностей биоконтроля над ней, когда медицина одновременно и присваивает старение, и маргинализирует его в собственном пространстве, вплоть до его вывода из-под своей власти. Трактовка старости через определения нездоровья, близости к патологии обрекает пожилого человека на скитание между двумя ролями — собственно больного и пациента (как вероятного/потенциального больного). В том и в другом случае человек включается в систему иерархии в заведомо низком статусе пациента (независимо от реального социального статуса), находящегося под контролем врача. Граница между этими двумя ролями определяется по эталону возрастной физиологической нормы.

Норма как функциональность

Норму можно определить как диапазон не критических отклонений от среднестатистического варианта. Очевидно, что конкретное содержание норм чувствительно к возрасту, и на практике речь ведется обычно о возрастных физиологических нормах.

Определение нормы для периода старения весьма дискуссионно вследствие условности границ и периодизаций самой старости, что не дает возможности ясно различать нормативное и патологическое. До сих пор точно не установлено, какие именно причины вызывают старение. Огромное индивидуальное разнообразие в его темпах и значительная неравномерность наступления возрастной дисфункции различных органов допускает понимание одних патологий как «болезней», а других — как «возрастных изменений» (например, атеросклероз) (Подробнее см.: Хрисанфова 1999: 52–67). Сегодня исключением является как раз естественное физиологическое старение, когда организм стареет «равномерно». Компенсаторные механизмы в старости (например, такие, как учащение дыхания для улучшения вентиляции легких или повышение чувствительности тканей к гормонам щитовидной железы при падении их секреции) еще более расширяют границы нормы старения.

Более того, сегодня патологии и функциональность могут сосуществовать благодаря возможности фармакологического и терапевтического вмешательства, так как общественное мнение не склонно обозначать как ненормальные те дисфункции, которые поддаются изменению (Katz, Marshall 2004: 58). Границы функциональности теперь устанавливаются возможностью успешного вмешательства в тело пациента, и эти возможности постоянно расширяются.

Наконец, сама идея нормы генетически восходит к идее функциональности; следовательно, отклонения, не приводящие к дисфункции в ее медицинском/бытовом понимании, в измерениях нормы учтены не будут. Само представление о том, что является или не является функциональным, оказывается социальной конструкцией и определяется требованием конкретных жизненных ситуаций. В сегодняшнем мире неспособность колоть дрова или стрелять из лука едва ли будет понята как дисфункция, а человек без сотового телефона и/или компьютера может оказаться более дисфункциональным, чем, например, инвалид. Подобная логика, не являющаяся собственно медицинской, но тесно связанная с понятием функциональности, может оказывать неявное, но осязаемое влияние на определения возрастной нормы — по крайней мере, в локальных ситуациях.

Таким образом, необходимое для медицинской практики определение нормы старения оказывается весьма неопределенным и подвижным, что в потенции позволяет носителям экспертного знания в конкретных ситуациях интерпретировать его в своих интересах.

Медицинские интерпретации старости как инструмент геронтологической практики

Дальнейшим размышлениям следует предпослать замечание, что сегодня под влиянием поразительных успехов медицины, существенного усложнения медицинского знания и роста его специализаций сформировалась тенденция полагаться в контроле над своим здоровьем на работников здравоохранения

больше, чем на собственные превентивные усилия и самонаблюдения — хотя, казалось бы, что может быть естественнее ответственности человека за собственное тело?

В старости многие события/действия начинают измеряться/оцениваться человеком в терминах здоровья, а не удовольствий или необходимости. Тем не менее, в своих практических измерениях понятия здоровья и возрастной нормы оказываются слабо соотнесены. С позиции геронтологии, отраженной в определении Всемирной организации здравоохранения, здоровье может рассматриваться скорее как цель, а не как практически значимый термин в исследованиях здоровья пожилых людей (Thorslund, Norström 1993: 68). Измерение состояния здоровья пожилого человека стандартами среднего возраста едва ли может выбраться из колеи смыслового ряда «здоровье — функциональность — трудоспособность»; аналогичные методики оценивания характерны для психологических тестов и ряда других способов измерения функциональности*.

Сама старость здесь фактически оказывается синонимом дисфункциональности: «Вряд ли кого нужно убеждать, что синдромы старения и болезни тесно связаны» (Фролькис 1991: 96); «...безболезненной старости реально не существует. Старость неотделима от её недугов» (Давыдовский 1966: 191). Не ставя под сомнение справедливость высказываний классиков гериатрии — а какой ещё могла оказаться старость в оптике медицины? — подчеркнём, что обычно подобные высказывания адресатами не рефлексированы и понимаются как еще не исполненные, но обязательные к исполнению истины.

При этом, как утверждает известный геронтолог В.Д. Альперович, большинство отечественных медицинских работников с особенностями стареющего организма знакомы плохо (Альперович 2004: 118–119). Рост количества специализированных врачей и увеличение требований к медико-социальным стандартам сегодня едва успевает за демографическим старением населения развитых и развивающихся стран, что в последних сказывается особенно остро. «Многие клиницисты утверждают, что они обеспечивают гериатрические услуги, потому что в их клиниках обслуживаются пожилые люди, — отмечает в своей статье консультант-гериатр одной из Гонконгских больниц, и ядовито добавляет — Я не знаю, требуют ли они, чтобы считалось, что они оказывают гинекологическую помощь на том основании, что среди их пациентов есть женщины» (Ау 2000: 46). На практике недостаточный профессионализм с большей вероятностью приведет к тому, что медицинское объяснение/рекомендация будет заменено цитированием авторитетного высказывания.

В ситуации непосредственного контакта врача и пациента ссылка на преклонные годы последнего, формулы «ну что вы хотите — возраст!», «так это у вас возрастное!» оказывается теперь легитимированной объяснительной моделью его болезненного состояния. Следовало бы провести отдельное исследование, устанавливающее, не формируют ли научные исследования в массовом сознании стереотипов больше, чем развеивают. В этой перспективе главное отличие научного типа (со)знания от повседневного состоит в том, что в последнем случае для объяснения действительности используются сегодняшние стереотипы, а в первом — завтрашние.

* Отметим, что сами пожилые люди, имеющие проблемы со здоровьем, склонны определять его в более скромных категориях самостоятельности и хорошего/приемлемого самочувствия — см., например (Berg et al. 2006: 28).

Из разбираемых К. Хоули 4300 случаев смерти в Англии и Уэльсе, в 7% диагнозов в качестве ее причины был указан преклонный возраст (Hawley 2003: 485). Приведенные цифры фиксируют неполноту наших геронтологических знаний, но, с другой стороны, допустимо предположить, что негласно старость все же понимается многими медиками-практиками как неизлечимая болезнь с более или менее отсроченным летальным исходом; как следствие, внимания к таким «безнадежным» пациентам как в постановке диагноза, так и в лечении, уделяется меньше. Оценивая цитируемые данные, следует учитывать, что при определении причин смерти обычно используется более строгий и детальный научный подход, чем при определении причин плохого самочувствия.

Такая ситуация зеркально предопределяет и действия самих пожилых людей при самооценке состояния здоровья — станут ли признаки его ухудшения поводом для обращения к врачу, или теперь скорее будут расценены как «нормальные» — а потому и игнорируемые — аспекты старения? (Sheriff, Chenoweth 2006: 48). По подобному маршруту совместными усилиями врача и пациента старость оказывается изобретенной заново — уже в качестве болезни, что перестраивает сами стратегии медиализированной заботы о пожилых людях.

Медико-реабилитационные организации, не имеющие измеряемой цели («выздоровление»), а ориентированные на ценности морального порядка («спокойная старость», «право на достойную смерть») могут иметь тенденцию к утрате мотивации, объектному взгляду на пациентов. Например, в учреждениях длительного пребывания пожилым клиентам иногда дают снотворное не по медицинской, а по экономической необходимости, так как дополнительные расходы на дополнительные досуговые/развлекательные программы и сотрудников/сиделок, работающих в вечернюю/ночную смену, слишком значительны для заведения (Oliveira 1984: 128–129) — уже хотя бы потому, что в отсутствие ясной цели весьма затруднительно определить на практике, какие именно затраты будут «достаточны».

Ятропсихогении

Возможным следствием описываемых ситуаций являются и ятропсихогенные заболевания — расстройства психогенного характера, возникающие вследствие неправильных или неосторожных высказываний медицинских работников; вероятность возникновения их возрастает в ситуации общения больного не только с лечащим врачом, но и с менее квалифицированным медперсоналом. Считается, что наиболее склонны к ятрогениям именно пожилые люди, что, возможно, имеет своей причиной как раз разбираемые ситуации — то есть медицинские описания старости как состояния, близкого/стремящегося к болезни. Психиатры утверждают, что при болезни пожилого человека пугают не столько ее физические проявления, сколько изменяющееся отношение окружающих, преувеличенные представления о собственной ущербности. Подобный набор социальных страхов может вызвать изменения в самооценке и отношении к окружающим, стать причиной невротических состояний (Тарнавский 1988: 14).

Ятрогении могут возникать в результате чтения весьма многочисленной сегодня популярной или специализированной медицинской литературы, сформироваться под влиянием рекламы лекарственных средств, тиражиру-

ющей образы болезней, внушающей мысли об их возрастной неизбежности и фатальных последствиях. Несложно представить, какой эффект на пожилого человека может произвести информация о том, что в старческом возрасте ослабленная сердечная мышца «прорастает соединительной тканью» (Хрисанфова 1999: 43).

Практические последствия

Экономической посылкой к воплощению изложенных сюжетов следует считать коммерциализацию медицины и низкую платежеспособность пенсионеров. Согласно результатам исследования авторского коллектива Независимого института социальной политики, проведенного в 2002–2003 гг., распространенную практику неформальных платежей обычно не склонны использовать лишь врачи пенсионного возраста, усвоившие неэкономическую систему ценностей и не желающие рисковать репутацией и душевным равновесием, в то время как молодые врачи отягощены нравственными проблемами в меньшей степени (Шишкин с соавт. 2004: 136–138). Следовательно, в дальнейшем ситуация с неформальными платежами может ухудшиться по мере выхода на пенсию пожилых врачей. Не менее значимой, чем относительно высокая стоимость медицинского обслуживания, является и общая финансовая несостоятельность пожилых людей. Считается, что бедность порождает систему верований и ценностей, враждебных медицине — скептическое отношение к ее возможностям, сомнения в истинных намерениях врачей, меньшую чувствительность к тревожным симптомам (Нугаев М., Нугаев Р. 1997: 52).

Как следствие, пациенты старших возрастных групп в основном настроены пессимистично; нередки низкие оценки качества предлагаемой медицинской помощи, жалобы на плохое отношение медицинских работников, высокие размеры необходимых затрат (Астафьев 2005: 138, 139). Часто пожилые люди предпочитают лечиться самостоятельно, прибегая к помощи традиционной (народной) медицины, используя преимущественно наименее затратные виды лечения (лечение травами, духовное целительство) (Горюнов, Хлопушин 2005: 183, 184). В провинциальных домах-интернатах для престарелых давно наметилась тенденция, когда каждый третий пациент занимается самолечением, используя домашние средства и лекарства по совету родных и знакомых (Резников, Рожков 1991: 73).

Все это в ряду прочих причин может трактоваться и как попытка избежать медицинского контроля — по всей видимости, реальный эффект институциональной медицинской помощи оказывается меньшим, чем экономические и социально-психологические затраты, необходимые для его осуществления.

Заключение

С увеличением продолжительности жизни и значительным расширением горизонтов геронтологических, социологических, психологических знаний в гуманитарных науках сформировалось новое понимание старости, уже не просто как физического умирания, а качественно новой самобытной жизни значительной длительности, со все более глубоким развертыванием и формированием жизненных смыслов (Елютина, Чеканова 2001: 26, 61). Тем не менее, в повседневном восприятии влияние медикалистских взглядов на старость в настоящий момент следует считать доминирующим, влияние ме-

дицины в целом на мировоззрение людей усиливается. Идеи о самостоятельности старости, ее равноценности с другими периодами жизни циркулируют главным образом в академических кругах. Итак:

1. Основаниями для определения возраста вступления в пенсионный статус являются медицинские по происхождению представления о функциональности/трудоспособности, зафиксированные законодательно, что укрепляет авторитет медицинских интерпретаций старости на местах.

2. Вместе с тем в медицинских стратегиях описания позднего возраста имеется стратегическая неопределенность; близость медицинских симптомов старости и болезни/дисфункциональности угнетающе действует на социальный статус пожилого человека. Он оказывается вписанным в медицинский контекст особым образом — скорее в качестве пациента, чем больного; его ситуация нездоровья неразрешима медицинскими средствами, поскольку является частью неизбежного естественного процесса, и само медицинское вмешательство здесь показано только в патологических случаях.

3. Границы между «естественным» и «патологическим» старением определяются по эталону возрастной нормы. Лежащая в основе понятия нормы идея функциональности имеет социальное происхождение, поскольку области и параметры функциональности задаются социальным контекстом. Понятие возрастной нормы для старости, не имеющее в силу ряда причин ясного содержания, на практике может стать объектом экспертных манипуляций.

4. Политически закрепленная биомедикизация старости превращает ее в синоним дисфункциональности. Гипотетические высказывания авторитетов от медицины о старении обычно не рефлексированы и воспринимаются как предназначенные к исполнению истины, становясь источником эйджистских практик. Медицинский дискурс формирует предпосылки для того, чтобы старость, не являясь болезнью, в процессе взаимодействия пациентов и лечащих врачей все же превращалась в таковую.

5. Возникающие вследствие этого социально-психологические эффекты как у самих врачей (ощущение условности/неопределенности целей медицинского вмешательства), так и у их пациентов (самореализующиеся пророчества, ятропсихогенные заболевания) в контексте объективной бедности пожилых и ограниченных возможностей государства оказываются существенным фактором социальной эксклюзии представителей третьего возраста, могут породить недоверие к медицине, стремление избежать медицинского контроля.

Литература

Альперович В.Д. Проблемы старения: Демография, психология, социология. М.: ООО «Издательство Астрель», ООО «Издательство АСТ», 2004.

Астафьев Л.М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 136–140.

Горюнов А.В., Хлопушин Р.Г. Рынок традиционной медицины Санкт-Петербурга // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. Т. 8. № 1. С. 179–185.

Давыдовский И.В. Геронтология. М.: Медицина, 1966.

Елютина М.Э., Чеканова Э.Е. Социальная геронтология. Саратов: СГТУ, 2001.

Нугаев М.А., Нугаев Р.М. Здоровоохранение на региональном уровне в контексте российских социальных реформ // Общественные науки и современность. 1997. № 5. С. 44–53.

Резников С.Г., Рожков А.Г. Жильцы дома-интерната для престарелых (социологический портрет) // Социологические исследования. 1991. № 2. С. 71–74.

Словарь русского языка в 4-х тт. М.: Государственное издательство иностранных и национальных словарей, 1961. Т. IV.

Тарнавский Ю.Б. Чтобы осень была золотой... (как сохранить психическое здоровье в старости). М.: Транспорт, 1988.

Фролькис В.В. Синдром старения // Наука и жизнь. 1991. № 8. С. 92–96.

Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии (антропологические аспекты). М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999.

Шишкин С.В., Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. М.: Независимый институт социальной политики, 2004.

Au S.Y. Who are providing geriatric care to the elderly people in Hong Kong? // Journal of the Hong Kong Geriatrics Society. 2000. Vol. 10. No 1. Pp. 46–48.

Berg G.V., Sarvimäki A., Hedelin B. Hospitalized older peoples' views of health and health promotion // International Journal of Older People Nursing. 2006. No 1. Pp. 25–33.

Bowd A.D. Stereotypes of Elderly Persons in Narrative Jokes // Research on Aging. 2003. Vol. 25. No 1. Pp. 22–35.

Hawley C.L. Is it ever enough to die of old age? // Age and Ageing. 2003. Vol. 32. No 5. Pp. 484–486.

Katz S., Marshall B.L. Is the functional “normal”? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living // History of the Human Sciences. 2004. Vol. 17. No 1. P. 53–75.

Oliveira O.H. The Gerontologist in the Wonderland of Aging: Alice comes of age // Journal of Applied Gerontology. 1984. Vol. 3. No 2. Pp. 125–136.

Powell J.L., Longino Ch.F. (Jr). Postmodernism Versus Modernism: Rethinking Theoretical Tensions in Social Gerontology // Journal of Aging and Identity. 2002. Vol. 7. No 4. Pp. 219–226.

Sheriff J.N., Chenoweth L. Promoting healthy ageing for those over 65 with the health check log: a pilot study // Australasian Journal on Ageing. 2006. Vol. 25. No 1. Pp. 46–49.

Thorslund M., Norström T. The Relationship Between Different Survey Measures of Health in an Elderly Population // The Journal of Applied Gerontology. 1993. Vol. 12. No 1. Pp. 61–70.